

<b>DMV USE ONLY</b>
<input type="checkbox"/> Updated by _____

**REPORTE MÉDICO SOBRE LA SALUD**  
 NO use este formulario para requisitos de licencia comercial.

**INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO:** Por favor complete este formulario y marque "Sí" o "No" en cada pregunta y explique cualquier respuesta afirmativa en el espacio proporcionado en el formulario o en una hoja adjunta. **El solicitante debe presentar un cuestionario médico completado cada dos años. Excepción: Los instructores de escuelas de manejo tienen que completar el cuestionario médico cada tres años.**

**SECCIÓN 1 — INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

NOMBRE COMPLETO Y VERDADERO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE LICENCIA DE MANEJAR
DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA (     )		

**SECCIÓN 2 — PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE**

- |                                                                                                                                                                                        |                          |                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. ¿Tiene el paciente dificultad para reconocer los colores rojo, verde y ámbar que se usan en las luces de los semáforos y dispositivos de tráfico? .....                             | SÍ                       | NO                       |  |
|                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 2. ¿Es el campo visual periférico (lateral) del paciente menor de 70° en cualquiera de los ojos? .....                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 3. ¿Tiene el paciente dificultad para oír un murmullo con su mejor oído a no menos de cinco pies de distancia con o sin un aparato para oír? .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 4. ¿Padece el paciente de un deterioro visual en uno o ambos ojos que no pueda corregir su agudeza visual a 20/40 ó mejor? .....                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 5. Al paciente:                                                                                                                                                                        |                          |                          |  |
| a. ¿le falta un pie, pierna, mano, dedo o brazo? .....                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| b. ¿tiene un impedimento en la mano, dedo, brazo, pie, pierna o cualquier otra limitación? .....                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 6. ¿Padece el paciente de diabetes que exija el uso de insulina? .....                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| a. ¿Ha sufrido el paciente un episodio de hipoglucemia o cualquier otra reacción adversa relacionada con la diabetes en los últimos tres (3) años? .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 7. ¿Ha padecido el paciente de un ataque al corazón, angina de pecho, insuficiencia coronaria, trombosis, derrame cerebral u otro problema cardíaco o enfermedad cardiovascular? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Si contestó "sí", ¿ha padecido el paciente dificultad para respirar, desmayos, colapsos o insuficiencia cardíaca congestiva u otros síntomas en los últimos tres (3) años? .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 8. ¿Le han diagnosticado al paciente una condición respiratoria tal como enfisema, asma crónico o tuberculosis? .....                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Si contestó "sí", ¿es probable que la condición respiratoria del paciente interfiera con su capacidad para manejar con seguridad un vehículo motorizado? .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 9. ¿Se le ha diagnosticado al paciente alta presión arterial de 140/90 ó más? .....                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 10. ¿Se le ha diagnosticado al paciente alguna vez una enfermedad reumática, artrítica, ortopédica, muscular, neuromuscular o vascular? .....                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Si contestó "sí", ¿es probable que la condición del paciente interfiera con su capacidad para manejar con seguridad un vehículo motorizado? .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 11. ¿Se le ha diagnosticado al paciente alguna enfermedad mental, nerviosa, orgánica o funcional o trastorno psiquiátrico? .....                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Si contestó "sí", ¿es probable que la condición del paciente interfiera con su capacidad para manejar con seguridad un vehículo motorizado? .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 12. ¿Se le ha diagnosticado al paciente epilepsia u otra condición que pueda ocasionarle pérdida del conocimiento o control? .....                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Si contestó "sí", ¿ha tenido una pérdida del conocimiento o de control en los últimos tres (3) años? .....                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 13. ¿Usa el paciente sustancias controladas, anfetaminas, narcóticos o cualquier otro estupefaciente que cause adicción? .....                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Si contestó "sí", ¿es probable que la sustancia interfiera con la habilidad del paciente para manejar con seguridad un vehículo motorizado? .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 14. ¿Tiene el paciente un historial de alcoholismo o ha sido diagnosticado como alcohólico? .....                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

## REPORTE MÉDICO SOBRE LA SALUD (continuación)

**Agudeza visual:** tiene que ser de por lo menos 20/40 en cada ojo con/sin lentes.

SIN CORREGIR	CORREGIDA	¿LENTE DE CONTACTO?	
Ambos	20/___	20/___	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Izquierdo	20/___	20/___	¿Están bien adaptados y se toleran? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Derecho	20/___	20/___	

**Presión arterial:** si constantemente es 140/90 mm. Hg., o más alta, es posible que se requieran más exámenes para determinar si el conductor está capacitado.

Sistólica

Diastólica

EXPLIQUE AQUÍ CUALQUIER PREGUNTA CONTESTADA "SÍ"

He examinado al solicitante mencionado y encuentro que el paciente no tiene impedimento físico o una condición que lo excluya de:  Manejar un vehículo con caseta de 40 pies o más.  Ser un instructor de escuela de manejo.

NOMBRE DEL MÉDICO (POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA)

FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA

Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO MÉDICO

NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO

( )

FIRMA DEL MÉDICO

FECHA DEL EXAMEN

NÚMERO DE LICENCIA O CERTIFICADO/ESTADO QUE LO EMITIÓ

**X**

**Certifico (o declaro) bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del estado de California, que lo anterior es verdadero y correcto. Por la presente doy mi consentimiento al médico mencionado más arriba para que reporte esta información médica.**

FIRMA DEL CONDUCTOR

FECHA

**X**

DMV EXAMINER'S SIGNATURE

ID NUMBER

OFFICE

DATE

USE **X**